

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

ESCUELA DE POST GRADO

FACULTAD DE OBSTETRICIA



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN
OBSTETRICIA**

=====
**EFICACIA DE ULTRASONOGRAFÍA EN DIAGNÓSTICO
DE PLACENTA PREVIA SEGÚN EDAD GESTACIONAL.
HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NUÑEZ BUTRON”
PUNO
ENERO A JULIO 2015**
=====

AUTORA: OBSTETRA JULIZA KATHERINE PINEDA ZAMALLOA

ASESORA: MG. VÍCTOR QUISPE SULCA

PUNO – PERÚ

2015

DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a Dios

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

Papá y mamá

A mi gran y único amor John, por siempre estar a mi lado en las buenas y en las malas; por su comprensión, paciencia y amor, dándome ánimos de fuerza y valor para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

**A la Universidad Nacional “Hermilio Valdizán”
por haberme acogido como alumna para la
realización de mi Segunda Especialidad.**

**Al Dr. Francisco Vargas por habernos impartido
sus enseñanzas y compartido sus
experiencias y por haber sido el pilar más
importante y sólido para la culminación de mi
segunda especialidad.**

ÍNDICE

RESUMEN	v
SUMARY	vi
INTRODUCCIÓN	vii
I CAPÍTULO: EL PROBLEMA	01
1.1 Fundamentación del Problema	01
1.2 Formulación del Problema	02
1.2.1. General	02
1.2.2. Específicos	02
1.3 Objetivos	03
1.3.1. General	03
1.3.2. Específicos	03
1.4 Justificación e Importancia	03
1.5 Limitaciones	04
II CAPÍTULO: MARCO TEÓRICO	05
2.1 Antecedentes	
2.1.1. Internacionales	05
2.1.2. Nacionales	06
2.1.3. Locales	08
2.2 Bases Teóricas	08
2.3 Definición de Términos Básicos	22
III ASPECTOS OPERACIONALES	23
3.1. Hipótesis	23
3.2. Sistema de Variables, Dimensiones e Indicadores	23
IV MARCO METODOLÓGICO	25
4.1. Dimensión Espacial y Temporal	25
4.2. Tipo de Investigación	25
4.3. Diseño de Investigación	26
4.4. Determinación de la Población	26
4.5. Selección de la Muestra	26
4.6. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	28
4.7. Técnicas de Procesamiento, Análisis y Presentación de Datos	28
V. RESULTADOS	30
VI. DISCUSIÓN	34
VII. CONCLUSIÓN	35
VII. RECOMENDACIONES	36
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

ANEXOS

RESUMEN

**EFICACIA DE ULTRASONOGRAFÍA EN DIAGNÓSTICO
DE PLACENTA PREVIA SEGÚN EDAD GESTACIONAL.
HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NUÑEZ BUTRON”
PUNO**

ENERO A JULIO 2015

La investigación realizada, tuvo el objetivo de conocer la eficacia de la ultrasonografía en el diagnóstico de la placenta previa según edad gestacional; utilizando un diseño: Descriptivo bivariado, de tipo observacional, retrospectivo, transversal y de nivel descriptivo; siendo los principales resultados: Se realizaron 37 Ultrasonografía de los cuales 8 fueron diagnosticadas como Placenta Previa, la Oclusiva Total fueron 38% y la Oclusiva Parcial 62%. El diagnóstico de Placenta Previa después del Parto fueron 7, la Oclusiva Total fueron 43% y la Oclusiva Parcial 57%. La edad gestacional se controló mediante la variable interviniente en la cual fue 1 caso menor de 37 semanas. Se utilizó la prueba estadística Z de proporciones, siendo 0,000644, la cual es mayor que el nivel de significancia = 0,025, por lo tanto se rechazada la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación; Concluyendo que: es eficaz la ultrasonografía en el diagnóstico de placenta previa.

Palabras Claves:

Ultrasonografía, Placenta Previa

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF ULTRASOUND IN DIAGNOSIS BY AGE GESTATIONAL PLACENTA PREVIA. REGIONAL HOSPITAL "MANUEL NÚÑEZ BUTRON"

PUNO JANUARY TO JULY 2015

The research, aimed to determine the effectiveness of ultrasonography in the diagnosis of placenta previa by gestational age; using a design: Descriptive bivariate, observational, retrospective, transversal and descriptive level; It is the main results: 37 Ultrasonography of which 8 were diagnosed as Placenta Previa, occlusive Total were conducted were 38% and 62% Partial occlusive. After the diagnosis of placenta after delivery were 7 Total occlusive were 43% and 57% Partial occlusive. Gestational age was controlled by the intervening variable in one case which was less than 37 weeks. The test statistic Z of proportions was used, being 0,000644, which is greater than the significance level = 0,025, therefore the null hypothesis is rejected and the research hypothesis is accepted; Concluding that ultrasound is effective in diagnosing placenta previa.

Keywords:

Ultrasound, Placenta Previa

INTRODUCCIÓN

La placenta previa es una urgencia obstétrica, su diagnóstico es de gran utilidad, especialmente para tomar una adecuada conducta, la ultrasonografía es un método que ofrece una sensibilidad y especificidad a la clínica, mejorando así las condiciones peri y post natales para la madre y el feto. Por estas razones el propósito de la presente investigación es conocer cuál es la eficacia de la ultrasonografía en el diagnóstico de la placenta previa según su edad gestacional en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de Puno; con el objetivo de conocer la eficacia de la ultrasonografía en el diagnóstico de la placenta previa, específicamente validar el diagnóstico ecográfico y la presencia de placenta previa en el parto, clasificar la placenta previa confirmada después del parto y clasificar la edad gestacional; con un diseño descriptivo bivariado, con una población 59 gestantes y una muestra de 36, utilizando como instrumento una ficha de recolección de datos, validada por el MINSA Perú; siendo los principales resultados: Se realizaron 37 Ultrasonografía de los cuales 8 fueron diagnosticadas como Placenta Previa, la Oclusiva Total fueron 38% y la Oclusiva Parcial 62%. El diagnóstico de Placenta Previa después del Parto fueron 7, la Oclusiva Total fueron 43% y la Oclusiva Parcial 57%. La edad gestacional se controló mediante la variable interviniente en la cual fue 1 caso menor de 37 semanas; siendo la hipótesis: La eficacia de la ultrasonografía en el diagnóstico de la placenta previa según edad gestacional es alta en el Hospital Regional Manuel Núñez Butron de Puno durante los meses de enero a julio del 2015, demostrado mediante la prueba

z de proporciones. Concluyendo que es eficaz la ultrasonografía en el diagnóstico de placenta previa. La tesis cuenta con la siguiente estructura un primer capítulo referido al planteamiento del problema, el segundo capítulo corresponde al Marco Teórico. El tercer capítulo se refiere a los aspectos operacionales. El cuarto capítulo se refiere al Marco Metodológico. En el quinto capítulo se refiere a los Resultados, el sexto capítulo a la Discusión y las Conclusiones y las respectivas Recomendaciones.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Fundamentación del Problema

La hemorragia anteparto es una grave complicación obstétrica que amenaza la vida del binomio madre-niño y su incidencia varía entre 2 a 5% de todos los embarazos después de las 24 semanas. La mayoría de estas hemorragias son consecuencia de placenta previa, no sólo en el período antenatal, sino durante el parto y aún después del alumbramiento; La frecuencia con la que encontramos una Placenta previa oscila entre 5 por cada 1,000 embarazos. (1)

La placenta previa se observa más frecuentemente en pacientes mayores, con multiparidad y en aquellas pacientes con historia previa de cirugías uterinas (cesáreas previas).

El ultrasonido es un examen efectivo para detectar la localización de la placenta. Más del 98% de los casos de placenta previa pueden ser detectados por esta vía. (2)

En el Perú, la hemorragia anteparto junto con la hemorragia pos parto representa la primera causa de muerte materna a nivel nacional. La placenta previa causante de hemorragia anteparto ocasiona. Según ENDES 2008 el 3.3% de todas las muertes maternas en el Perú y, aunque es difícil determinar las causas exactas, puede causar seria morbimortalidad tanto en la madre como en el feto. (3)

En Puno las hemorragias obstétricas representan el 53,6%, causa por la que ocurrieron 96,7 muertes maternas. La tendencia de esta causa de muerte materna es descendente. (3)

La placenta previa es una urgencia obstétrica, su diagnóstico es de gran utilidad, especialmente para tomar una adecuada conducta, la ultrasonografía es un método que ofrece una sensibilidad y especificidad a la clínica, mejorando así las condiciones peri y post natales para la madre y el feto. Por estas razones el propósito de la presente investigación es conocer cuál es la eficacia de la ultrasonografía en el diagnóstico de la placenta previa según su edad gestacional en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butron y servirá de base para futuros estudios

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 General

¿Cuál es la eficacia de la ultrasonografía en el diagnóstico de la placenta previa según edad gestacional en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butron Puno Enero a Julio 2015?

1.2.2 Específicos

1. ¿Cuál es la validez del diagnóstico ecográfico y la presencia de placenta previa en el parto?
2. ¿Cuál es la clasificación de la placenta previa confirmada después del parto?
3. ¿Cuál es la edad gestacional?

1.3 Objetivos

1.3.1 General

Conocer la eficacia de la ultrasonografía en el diagnóstico de la placenta previa según edad gestacional en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butron Puno Enero a Julio 2015

1.3.2 Específicos

1. Validar el diagnóstico ecográfico y la presencia de placenta previa en el parto
2. Clasificar la placenta previa antes y después del parto.
3. Clasificar la edad gestacional

1.4 Justificación e Importancia

Las hemorragias preparto que ocurren durante el segundo y tercer trimestre, son en su mayoría consecuencia de placenta previa, no sólo en el período antenatal, sino durante el parto y aún después del alumbramiento, por ello su diagnóstico a través de la ultrasonografía es de gran utilidad, especialmente para tomar una conducta obstétrica, con la cual podemos dar pautas claras de su clínica, para poder realizar el diagnóstico diferencial adecuado, brindando así a la madre y el feto mejores condiciones peri y postnatales.

1.5 Limitaciones

Las limitaciones del ámbito geográfico, social y temporal estuvieron delimitados por la evaluación a gestantes con placenta previa del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, en los meses de enero a julio del 2015, por ello los resultados no podrán ser extrapolados a otras realidades.

II.- MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Internacionales

En Estados Unidos Friedman AM, Wang E, Parry S, Schwartz N, publicaron los resultados de su estudio “Ecografía transabdominal como una prueba de detección de la placenta previa en el segundo trimestre”, cuyo objetivo fue determinar las características de la prueba de ecografía transabdominal como una prueba de detección de la placenta previa en el segundo trimestre. Métodos: Este análisis secundario de un estudio de cohorte prospectivo evaluó la distancia desde el borde de la placenta para el orificio interno (distancia placenta-cuello del útero) a través tanto de la ecografía transabdominal y transvaginal durante el estudio anatómico. Los pacientes fueron reclutados en la Unidad de Medicina Materno-Fetal Ultrasonido en el Hospital de la Universidad de Pennsylvania, un centro de atención terciaria urbano. Se identificaron placenta-cuello uterino cortes transabdominales distancia con alta sensibilidad para la detección de placenta previa y placenta baja, y se calcularon características de la prueba. Seguimiento de los datos de ultrasonido, el embarazo y los resultados de entrega para las personas con placenta previa bajas en el segundo trimestre. Resultados: Mil doscientos catorce años las mujeres fueron incluidas en el análisis. A placenta-cuello uterino distancia de

corte de 4,2 cm transabdominal era 93,3% 76,7% sensible y específico para la detección de placenta previa con un valor predictivo negativo de 99,8% a una tasa de 25,0% pantalla-positivo. Un punto de corte de 2,8 cm, fue 86,7% 90,5% sensible y específico con un valor predictivo negativo de 99,6% a una tasa de 11,4% pantalla-positivo. Sólo el 9,8% (cuatro de 41) de placentas previas bajas persistió a través de la entrega. Conclusión: La ecografía transabdominal es una prueba de detección eficaz para la placenta previa en el segundo trimestre. En los centros no realizan la ecografía transvaginal universal, en el momento de la encuesta anatómica, transabdominal placenta-cuello uterino puntos de corte a distancia basados en la evidencia pueden optimizar la identificación de los pacientes que requieren una mayor vigilancia de la placenta previa. (4)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

En Perú Pedro Mariano Arango Ochante, publicó los resultados de su estudio “Predicción por ultrasonografía transvaginal entre 20 - 26 semanas de la placenta previa al término. Instituto Nacional Materno Perinatal. Agosto - diciembre 2013”, cuyo objetivo fue determinar la predicción de la ultrasonografía transvaginal entre las 20-26 semanas de gestación mediante la medición de la sobreposición del orificio cervical interno por el borde placentario inferior. En el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima-Perú se realizó un estudio observacional, prospectivo longitudinal entre el 01 de agosto y el 31 de diciembre del año 2013. El análisis estadístico se realizó con el programa IBM Statistics SPSS 19. Un total de 221 pacientes cumplieron los criterios de inclusión y participaron de la investigación. El valor de la sobre posición del orificio cervical interno por el borde placentario inferior medido por ultrasonografía transvaginal varió entre 3-38 mm (media de 18,9 +/- 7,9 mm) Se observó diferencia altamente significativa ($p < 0,001$) entre el valor de la sobreposición del orificio cervical interno por el borde placentario inferior medido por ultrasonografía transvaginal que presentaron placenta previa a término (25,6 +/- 4,9 mm) y aquellas sin placenta previa a término (12,8 +/- 4,4 mm). El valor de la sobreposición del orificio cervical interno por el borde placentario inferior medido por ultrasonografía

transvaginal demostró una buena capacidad predictora de placenta previa a término (Área bajo la curva ROC 0,98, IC al 95 por ciento: 0.97-0.99), con una sensibilidad del 91,5 por ciento, especificidad de 93,4 por ciento, valor predictivo positivo de 93,3 por ciento y valor predictivo negativo de 92,3 por ciento. Se concluyó que la sobreposición del orificio cervical interno por el borde placentario inferior medida por ultrasonografía transvaginal predice en forma eficaz la presencia de placenta previa al término. (8)

2.1.3 Antecedentes Locales

No se encontraron antecedentes referenciales relacionados al tema a nivel del ámbito jurisdiccional del departamento de Puno.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Valoración Ecográfica de la Placenta

La exploración ecográfica de la gestación debe incluir obligatoriamente el estudio detallado de la placenta, ya que su patología, aunque infrecuente, tiene graves repercusiones para el desarrollo normal del embarazo y del parto.

Durante el primer trimestre se utilizara preferentemente la sonda vaginal, ya que el útero no ha salido de la pelvis y las altas frecuencias permiten discriminar pequeñas estructuras de la gestación. El estudio durante el segundo y tercer trimestre se realizara con sonda abdominal, reservándose la via vaginal cuando se sospeche patología a nivel del segmento uterino inferior, sobre todo en las placentas de inserción posterior o cuando la vía abdominal no resulte concluyente. (12)

Desarrollo Normal de la Placenta

La placentación termina a la 12ª semana de amenorrea, por lo que ecográficamente hablaremos del trofoblasto durante el primer trimestre del embarazo. El embrión humano se implanta en fase de blastocisto en la cavidad uterina rodeado por el trofoblasto, que rápidamente prolifera en la región de contacto con el útero, pudiéndose apreciar a este nivel dos líneas o estratos celulares: 1. El citotrofoblasto o de langhans. 2. El sincitiotrofoblasto mas externo y que rodea al

anterior, siendo la línea de contacto con el tejido materno y la responsable de la mayor parte de la producción de hCG.

El sincitiotrofoblasto presenta pequeñas lagunas vasculares, rodeadas por células, que son capaces de invadir el estroma subyacente hasta alcanzar los capilares espirales, iniciando así la circulación útero placentaria.

En las primeras semanas de amenorrea, debido a la intensa reacción decidual, no es posible descartar ecográficamente la existencia de una gestación, pero cuando esta se evidencia (5^a– 6^a semanas) ya es posible identificar en la decidua basal una zona de engrosamiento y de mayor ecogenicidad, que será el futuro lugar de implantación placentaria. Desde este lugar el corion frondoso se desarrollara haciéndose evidente a los ultrasonidos hacia la 7^a–8^a semanas; con altas frecuencias es posible identificar pequeñas áreas anecoicas que representan las lagunas vasculares del sincitiotrofoblasto.

A la 8^a semana el trofoblasto se observa más ecorrefringente y de mayor tamaño, siendo su espesor de un tercio a un quinto del diámetro del saco gestacional; a la 9^a semana el grosor disminuye ligeramente pero sus límites se acentúan, por lo que la biopsia coriónica dirigida por ultrasonidos se realizan con mayor seguridad a partir de este momento.

En las semanas sucesivas el trofoblasto continua su evolución y ocupa toda la periferie del saco gestacional, separándolo claramente de la pared miometrial. Al final del primer trimestre la placenta aparece a la exploración ecográfica como una estructura discoidea, finamente granular, ocupando la mayor parte de la superficie endometrial.

Durante el segundo trimestre de gestación la placenta adecua su volumen a las necesidades fetales, aumentando sobre todo su espesor. La medición del espesor placentario se mantiene con pocas variaciones durante el último trimestre; sin embargo, la placenta extendiéndose en superficie hasta casi el final del embarazo, esto hace que a partir de la 32^a semana de amenorrea no se consigna su visualización completa.

Pese a sus limitaciones, hoy en día los ultrasonidos se han convertido en el mejor método de valoración de la placenta intraútero y junto a la aplicación del doppler han abierto un gran campo de investigación.

Ante cualquier exploración ultrasonográfica del segundo y tercer trimestre del embarazo deben estudiarse y emitirse en el informe los siguientes aspectos de la placenta:

Localización

Puede resultar difícil la localización de la placenta por interposición de partes fetales, sobre todo en los casos de feto

macrosómico, gemelaridad, oligoamnios, gran espesor de la pared abdominal o tumores uterinos y anexiales.

Por otra parte, escaso llenado vesical y más frecuentemente la excesiva distensión de esta pueden condicionar una falsa extensión de la placenta, debiéndose valorar este hecho en el diagnóstico de inserción baja placentaria y al realizar técnicas invasivas, ya que placentas que ocupan toda la cara anterior del útero, tras el vaciado de la vejiga, permiten obtener ventanas acústicas suficientes para las punciones.

La ecografía vaginal permite durante los primeros meses del embarazo solucionar las posibles dudas, con lo que el diagnóstico de localización placentaria correcto se consigue en más del 97% de los casos, ya que la placenta se reconoce fácilmente por su mayor ecogenicidad en relación con las estructuras que lo rodean, miometrio y vasos subplacentarios por un lado y líquido amniótico por el otro.

Biometría

Aunque ecográficamente es posible medir la extensión y el volumen placentario, a efectos prácticos resulta muy útil la obtención del grosor placentario, que aporta similar información y no necesita la visualización completa de la placenta ni la aplicación de fórmulas matemáticas complejas.

El grosor placentario se obtiene midiendo la distancia máxima entre la placa basal y la corial, debiéndose evitar los bordes placentarios y el fondo uterino debido a que puede dar valores erróneos. Para una correcta medición, la sonda se colocará perpendicular a la placa corial, en una zona libre de partes fetales debiéndose explorar al menos un tercio del tejido placentario.

Existen diversas curvas del grosor placentario a lo largo de la gestación, pero conviene disponer de tablas propias. En general este aumenta progresivamente hasta las 33 - 34 semanas para, posteriormente estabilizarse e incluso disminuir algo al final del embarazo. A modo de orientación cabe recordar la regla de Callen et al., donde el grosor placentario medido en milímetros deben coincidir con las semanas de amenorrea, no debiendo superar los 40 mm entre la semana 35 – 40.

Estructura

En la placenta podemos distinguir tres zonas con diferentes ecoestructuras y aunque esta varía según la edad gestacional, la interfase entre ambas las delimita claramente a lo largo de todo el embarazo

A. Placa Basal

Es la zona de contacto entre la placenta y el miometrio. Ecográficamente aparece como una zona

econegativa con ecos lineales y reticulares y que corresponde a la capa esponjosa de la decidua basal y a las venas maternas que salen de la placenta. Esta zona recibe el nombre de línea negra o complejo retroplacentario y mide generalmente alrededor de 10 mm, aunque en ocasiones puede ser llamativa, pudiéndose confundir con un hematoma retroplacentario.

Separando al complejo subplacentario del parénquima propiamente dicho se encuentra la membrana de Nitabuch, que aparece como una línea blanca ya que tiene mayor ecorefringencia que las estructuras que la rodean.

B. Placa Corial

Se reconoce fácilmente debido a la interfase con la cavidad amniótica. Su estructura es rectilínea y de cogenicidad media, pudiéndose identificar a este nivel de inserción del cordón umbilical.

C. Parénquima Placentario

Está delimitado por la placa corial y la basal. Tiene un aspecto homogéneo y granular, aunque a lo largo de la gestación aparecen zonas con distintas ecogenicidad.

Estos tres componentes de la placenta sufren cambios evolutivos y fisiológicos a medida que avanza la gestación, pudiendo ser observados con ultrasonidos.

- Placa basal: La membrana de Nitabuch o línea blanca que al final del primer trimestre es casi imperceptible; aumenta en grosor y ecorrefringencia por depósitos del calcio. Durante el tercer trimestre emite tabiques finos que penetran hacia el espesor de la placenta. Por otra parte, el complejo venoso se hace más evidente por aumento del flujo a dicho nivel.
- Placa corial: Es identificable desde las primeras etapas del embarazo por estar rodeada de líquido amniótico, apareciendo rectilínea o suavemente ondulada. Al final de la gestación su ondulación se hace más marcada, así como su ecorrefringencia, pudiéndose apreciar la salida de los tabiques hacia el parénquima placentario, ya que también se calcifican.
- Parénquima: Pasa de tener una eco estructura homogénea a presentar áreas con fuertes contrastes ecogénicos. Aparecen primero pequeñas áreas en forma de coma, siendo la expresión de depósito de calcio; al final del

embarazo tiende a confluir, por lo que se identifican zonas extensas de calcificación que son capaces de dejar sombra acústica. Junto a este aumento de ecos, en las placentas maduras aparecen también zonas muy econequivas que constituyen los llamados “holes” placentarios. Estos se forman por degeneración de vellosidades coriales y la formación de lagunas vasculares.

Los tabiques emitidos desde las placas basales y corial van penetrando más profundamente en el parénquima placentario y, al confluir entre sí, delimitan claramente los cotiledones. Al final del embarazo y en las placentas a término se aprecian típicas imágenes anulares con un borde muy ecorrefringente y una zona central más econequivativa.

En base a estos cambios evolutivos se han propuesto múltiples clasificaciones de la madurez placentaria, siendo la propuesta por Grannum (1979) la más conocida.

En la práctica diaria, nosotros utilizamos una modificación de esta que creemos más operativa y que incluye cuatro tipos:

- Tipo I: Se caracteriza por un parénquima homogéneo con las placas basales y corial lisoecogénica.
- Tipo II: A este tipo pertenecen las placentas con áreas ecorrefringentes de pequeño tamaño, pudiendo aparecer algunos holes placentarios. La placa corial se identifica claramente con un perfil suavemente ondulado, pero la capa basal no presenta calcificaciones.
- Tipo III: Lo integran las placentas donde la placa basal se identifica en su totalidad, apareciendo despegada del miometrio. La placa corial se visualiza con un perfil ondulado y con calcificaciones difusas. Se observan tabiques que penetran el parénquima desde ambas placas pero sin llegar a confluir entre sí, lo que unido al aumento de densidades en su espesor confieren a la placenta un aspecto inhomogéneo.
- Tipo IV: Lo constituyen aquellas placentas con gran depósito de calcio a todos los niveles. Las placas basal y corial aparecen fuertemente ecorrefringentes con tabique que fusionados entre si dibujan los cotiledones, en cuyo centro pueden ser identificadas áreas de calcificación y de degeneración.

La utilidad de la graduación placentaria no es solo académica, sino que aporta información sobre la madurez de la gestación; así, en presencia en placentas de grado IV y D.B.P. mayor de 90 mm el porcentaje de inmadurez pulmonar es muy bajo. Por otra parte, en gestaciones híper maduras con placentas tipo II – III nos hará pensar en un error de fechas.

Las placentas híper maduras se correlacionan con insuficiencia placentaria, en especial si aparecen en épocas relativamente tempranas de la gestación. Por el contrario, no deben tomarse posturas agresivas cuando estos tipos aparecen al final de la gestación, a no ser que se asocien a oligoamnios, RCIU, HTA u otra patología asociada. (12)

Patología Placentaria

La ecografía representa el método más empleado en el diagnóstico y seguimiento de la patología placentaria, siendo de inestimable ayuda en la clínica diaria. La placenta puede ser asiento de un gran número de procesos patológicos, pero por su importancia, frecuencia y grave repercusión materna fetal nos ocuparemos del diagnóstico ecográfico de:

Placenta Previa (PP)

Se conoce como PP a la inserción total o parcial de la placenta en el segmento uterino inferior, pudiendo

llegar a ocluir en mayor o menor medida el orificio cervical interno (OCI).

Ecográficamente la clasificación de PP se basa en la observación del borde inferior placentario y su relación con el OCI, así mismo tenemos:

Placenta Baja. Cuando alcanza el segmento uterino inferior pero no llega a OCI.

Placenta previa oclusiva parcial, cuando el borde placentario llega al OCI, pudiendo ocluir este en alguna medida.

Placenta previa oclusiva total o central, cuando el tejido placentario cubre todo el OCI, reflejándose en la cara contralateral.

La incidencia de PP es de 1/250 partos, siendo más frecuente en multíparas 1/20 frente a primíparas 1/500 y en gestantes con cirugía uterina previa, así el riesgo de PP con una cesárea anterior es de 4 – 8% y superior al 10% con tres o más cesáreas.

El diagnóstico ecográfico de PP fue introducido por Gottesfeld en 1996 y constituye hoy en día “el patrón de oro”, con un considerable índice de aciertos. La ecografía transabdominal (ETA) ofrece una tasa de falsos positivos del 2 – 6% y de falsos negativos del 7%. Durante el tercer trimestre y con la introducción de la

ecografía transvaginal (ETV) los errores en el diagnóstico de PP son inferiores al 2%.

La visualización del borde inferior de la placenta y del canal endocervical en el mismo corte está limitada en la ETA por la obesidad materna, la inserción placentaria lateral y posterior, la cabeza fetal en las presentaciones encefálicas y por la sobre distensión vesical que, al horizontalizar por compresión el segmento uterino inferior, puede dar un falso diagnóstico de placenta previa.

Con la ETA es posible identificar el canal endocervical. Mediante cortes sagitales se aprecia en el centro del cérvix una línea tenue, hipocogénica, que representa la interfase entre el tampón mucoso y el epitelio subyacente de mayor ecogenicidad. El OCI se sitúa en el vértice del “embudo” formado por la bolsa de las aguas insinuándose en el canal cervical.

La ETV ha resuelto todos los problemas técnicos en el diagnóstico de PP, ya que la proximidad del transductor a la zona problema es mínima, reconociéndose fácilmente el canal endocervical, el OCI y el tejido placentario.

El uso de la vía vaginal tiene, sin embargo limitaciones, la sobre distensión de la vejiga, que se

sospechara cuando la pared anterior del útero no aparezca convexa o la longitud del cérvix sea superior a 3,5 cm, altera la distancia entre la placenta y el OCI; así como la visualización de contracciones miométriales que, si se producen cerca del OCI, pueden simular tejido placentario o acortar el segmento uterino inferior. El vaciado de la vejiga y la observación en tiempo real identificando los senos sub placentarios suelen aclarar respectivamente las dudas.

La introducción de la sonda vaginal en el canal del parto puede aumentar o desencadenar el sangrado vaginal, sobre todo si se introduce por el cérvix parcial mediante dilatado o estimular la contractibilidad uterina, por lo que algunos autores la han desaconsejado. Nosotros pensamos que la ETV debe reservarse para los casos en que la ETA no aclare el diagnóstico. Sin embargo, en los casos en los que la situación clínica lo permita, el uso de la vía vaginal pueda desempeñar una estimable ayuda en la actitud obstétrica. La sonda no debe introducirse profundamente en la vagina, ya que la vía anterior suele ser suficiente para visualizar en OCI; si se requiere mayor penetración, esta se realizara guiada con una mano introducida en la vagina, estando totalmente contraindicado el sondaje cervical.

Por último, conviene ser prudentes en el diagnóstico de PP en los primeros trimestres de gestación, ya que aunque se observan entre el 6 -4,5% de los casos, menos del 0,5% se confirman al final del embarazo. Este hecho, que King en 1973 llamo migración placentaria, se observa en la placenta de inserción baja y en las oclusivas parciales debido al diferente gradiente de crecimiento del tejido placentario respecto al segmento uterino inferior; pueden con el desarrollo de la gestación, despejar por completo el canal del parto. El diagnóstico de PP por encima de la 34^a semana debe conducir a la gestante a programas especiales de control, ya que tiene una gran probabilidad de que este se confirme en el parto, en especial si se trata de placentas oclusivas centrales o totales. (12)

2.2.2 Placenta Previa

Se define la placenta previa como la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero.

La incidencia ha aumentado en los últimos años y se estima actualmente en 1/200 gestaciones. La placenta previa, supone un 20% de las hemorragias del tercer trimestre de la gestación y conlleva una elevada morbimortalidad materno fetal. Actualmente se considera la tercera causa más frecuente de transfusión durante la gestación, parto y

puerperio y la segunda causa más frecuente de histerectomía
obstétrica. (13)

Clasificación

Durante el embarazo:

- Tipo I. Placenta lateral o baja. El borde placentario se implanta en el segmento uterino inferior, no llegando hasta el orificio cervical interno.
- Tipo II. Placenta marginal. La placenta llega justamente al borde del orificio cervical interno, pero no lo sobrepasa.
- Tipo III. Placenta oclusiva parcial. El orificio cervical interno está cubierto de manera parcial por la placenta.
- Tipo IV. Placenta oclusiva total. El orificio cervical interno está totalmente cubierto por la placenta.

De cara al parto se podría simplificar en:

- Oclusiva: no permite el parto vaginal. (Tipo III-IV)
- No oclusiva: permite el intento de parto vaginal. (I-II)

Con la *introducción de la exploración ultrasónica*, se ha planteado una nueva clasificación de la placenta previa en función de la distancia, medida en centímetros, desde el borde placentario hasta el orificio cervical interno. Se sugiere que se clasifiquen como placentas previas aquellas que guardan una distancia inferior a 2 *cm*, medidos por ecografía intravaginal, porque, cuando la placenta está más alejada, no presenta ninguna de las

complicaciones propias de la placenta previa. Se establece, pues, esa distancia de 2 cm. (20 mm) para comenzar a clasificar a la placenta como de inserción baja. (14)

Etiología

La etiología de la placenta previa es desconocida, pero se suponen hipótesis fundamentadas en condiciones asociadas a su mayor incidencia:

- A. Uterinas: Constituidas por todas aquellas noxas que alteran bien a el endometrio, o bien al miometrio perturbando la placentación normal en su nidación. Tales como: Antecedentes de cesárea, legrado uterino, multiparidad, edad sobre 35 años, intervalo intergenésico corto, miomas uterinos (miomectomías tienen 4 veces mayor riesgo), endometritis, antecedente de Placenta Previa (12 veces mayor probabilidad de presentar nuevo episodio).
- B. Placentarias: Todas aquellas que favorezcan el aumento del tamaño de la placenta o bien su superficie de implantación. Una reducción en el oxígeno útero placentario promueve un aumento en la superficie placentaria asociado con el desarrollo del segmento uterino inferior. Embarazo gemelar, eritroblastosis, feto de sexo masculino, tabaquismo y Cocaína. (14)

Factores Predisponentes

Los factores predisponentes y entidades clínicas relacionadas con esta patología suelen incluir traumatismos previos del endometrio, del miometrio o de la vascularización uterina. Los factores más comunes se describen a continuación:

- Edad materna avanzada.
- Multiparidad.
- Gestaciones múltiples.
- Anemia.
- Periodo intergenésico corto.
- Endometritis Crónica.
- Cesáreas.
- Legrados.
- Histeroscopia Operatoria.
- Cicatriz previa por miomectomía, o cirugía uterina.
- Antecedente de placenta previa.
- Tumores uterinos.
- Tabaquismo.
- Cocaína.
- Feto masculino. (14)

Fisiopatología

El segmento inferior es una región inadecuada para la inserción placentaria, por presentar:

- A. Endometrio de menor grosor que determina una decidua más delgada y con menor vasculatura, por lo que la placenta tiende a ser más extendida,

aplanada e irregular, con escaso desarrollo de tabiques entre cotiledones. Debido a lo anterior el trofoblasto puede invadir decidua, pared uterina (más delgada) y aún órganos vecinos (acretismo placentario). La inserción placentaria en el segmento inferior permite que actúa como tumor previo.

- B. Musculatura: menos fibras musculares en relación al segmento superior y con mayor cantidad de fibras colágenas, lo que lo hace distensible, pero con menos potencia para colapsar vasos sanguíneos, dificultando la hemostasia si hay desprendimiento parcial de la placenta y por supuesto, durante el alumbramiento.
- C. Membranas: en el borde placentario son más gruesas y menos elásticas, existe mayor frecuencia de RPM.
- D. Cordón: Por la atrofia de cotiledones, secundario al desarrollo insuficiente de decidua, es frecuente la inserción velamentosa del cordón.

La placenta previa sangra sólo si se desprende.

Las

Causas de desinserción son:

- En el embarazo: Por el crecimiento uterino y por las contracciones de Braxton-Hicks, se forma y desarrolla el Segmento uterino Inferior, cuya capacidad de elongación es mayor y supera al de la placenta;
- En el parto: Por las contracciones del trabajo de Parto que causan la formación del canal cérvico-segmentario y la dilatación cervical. (14)

Clínica

El síntoma fundamental es la hemorragia genital que tiene las siguientes características:

- Sangre roja y brillante, variable en cantidad.
- Aparece de forma brusca e indolora y en ausencia de contracciones uterinas.
- Aparece en el segundo o tercer trimestre (un tercio de las pacientes presentan el primer episodio de metrorragia antes de la semana 30; otro tercio lo presentan entre la semana 30-35 y el resto después de la semana 36)
- Es repetitiva aumentando la intensidad y la frecuencia de los episodios, tendiendo a la hemostasia espontánea.

- El inicio de la hemorragia parece deberse a la formación del segmento uterino inferior, cuya constitución por deslizamiento de sus capas no puede ser seguida por la placenta insertada a ese nivel, que se desprende en parte, ocasionando roturas vasculares responsables de la hemorragia.
- El comienzo del parto, al iniciarse la dilatación cervical, puede agravar la intensidad del sangrado sobre todo en casos de placenta oclusiva total. En los casos de placenta marginal anterior, el inicio del parto y el descenso de la presentación fetal puede ayudar a cohibir la hemorragia al comprimir la lengüeta placentaria.
- Los episodios de sangrado no se suelen acompañar de signos de “pérdida del bienestar fetal” a no ser que la hemorragia sea tan copiosa que cause un shock hipovolémico en la gestante.

Diagnóstico:

Exploración física:

- El *examen del abdomen* releva un útero blando e indoloro, al no existir normalmente dinámica uterina.
- El *tacto vaginal*, en principio, está prohibido, dado que puede movilizar cotiledones y coágulos formados e incrementar la hemorragia. No obstante,

- si el tacto fuera necesario, se puede efectuar, contando con que se dispone de los métodos quirúrgicos adecuados al alcance inmediato, poniendo de manifiesto el tacto lo que los obstetras clásicos definieron como “almohadillado placentario”.
- La *especuloscopia* permite comprobar el origen uterino de la hemorragia y confirmar o descartar otras causas locales de hemorragia. No es una prueba recomendada por todos los autores. De hacerse, debe realizarse con cuidado.

Ecografía:

- Numerosos estudios confirman que la ecografía transvaginal es segura como método diagnóstico de placenta previa. Su utilización no incrementa el riesgo de hemorragia y tiene mayor sensibilidad que la ecografía abdominal para localizar la placenta.
- Para establecer el diagnóstico de placenta previa es necesario demostrar la presencia de tejido placentario en la región del segmento inferior del útero, anterior, posterior o lateralmente

El hallazgo de una placenta previa parcial o marginal antes de la semana 24 debe interpretarse con precaución, más aún si la paciente está asintomática. Lo más probable es que la placenta previa deje de serlo al

avanzar la gestación, sobre todo si el borde craneal se extiende hasta el fondo del útero. En estos casos, debe realizarse un seguimiento ecográfico hasta el tercer trimestre, antes de establecer un diagnóstico definitivo.

Cuando el grueso de la placenta se localiza ocluyendo el orificio cervical interno en el segundo trimestre es muy probable que persista siendo previa en el momento del parto.

Morbimortalidad

La placenta previa conlleva una importante morbilidad para la madre derivada del aumento de la necesidad de transfusiones, del aumento de la tasa de cesáreas, de la mayor necesidad de realizar histerectomía postparto, así como de complicaciones infecciosas y tromboembólicas. La morbilidad fetal se debe sobre todo a la prematuridad debida a la necesidad de finalizar la gestación antes del término por metrorragias cuantiosas. La edad media del parto en pacientes con placenta previa se estima en $34,9 \pm 3,9$ semanas. (14)

2.2.3 Definición de Términos Básicos

2.2.3.1 Ultrasonografía

Técnica de imagen basada en la diferente capacidad de los tejidos para reflejar o refractar las ondas de ultrasonido emitidas por el equipo.

2.2.3.2 Placenta Previa

Es la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero.

2.2.3.3 Edad Gestacional

Es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento. Durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla dentro del útero de la madre. La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual.

III. ASPECTOS OPERACIONALES

3.1 Hipótesis de investigación

Hⁱ= La eficacia de la ultrasonografía en el diagnóstico de la placenta previa según edad gestacional es alta en el Hospital Regional Manuel Núñez Butron Puno durante los meses de enero a julio del 2015.

H⁰= La eficacia de la ultrasonografía en el diagnóstico de la placenta previa según edad gestacional es baja en el Hospital Regional Manuel Núñez Butron Puno durante los meses de enero a julio del 2015.

H Estadística= Z de proporciones con una sola cola.

3.2 Sistema de Variables, Dimensiones e Indicadores

1. **Variable independiente:** Ultrasonografía
2. **Variable dependiente:** Diagnóstico de Placenta Previa
3. **Variable interviniente:** Edad gestacional

4. Operacionalización de Variables:

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	MEDICION	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
VARIABLE DEPENDIENTE: Diagnóstico de la Placenta previa	Cualitativa	Clínica obstétrica	Clasificación de Placenta Previa confirmada al momento del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Placenta Previa de Implantación Baja • Placenta Previa Marginal • Placenta Previa Oclusiva Parcial • Placenta Previa Oclusiva Total 	Nominal	Historia Clínica Ficha de recolección de datos.
VARIABLE INDEPENDIENTE: Ultrasonografía	Cualitativa	Ultrasonografía	Parámetros de la USL	<ul style="list-style-type: none"> • Placenta de Inserción Baja (PIB) > 2 a 5 cm del DOP • Placenta Previa Marginal (PPM) > 0 a 2 cm del DOP • Oclusiva Sobrepuesta (PPO) OL>0 cm del DOP • Placenta Previa Oclusiva Total (PPOT) OL> 2 cm del DOP 	Nominal	Historia Clínica Ficha de recolección de datos
			Eficacia de la USL	A mayor acuerdo entre el diagnóstico ecográfico de PP y la presencia de PP en el parto, mayor será la efectividad del ULS. -MAYOR ACUERDO -MENOR ACUERDO	Nominal	
VARIABLE INTERVINIENTE Edad Gestacional	cuantitativa	Clínica Obstétrica	Edad fetal	<ul style="list-style-type: none"> • Edad en semanas 	Ordinal	Historia Clínica

IV. MARCO METODOLÓGICO

4.1 Dimensión Espacial y Temporal

Ámbito de estudio:

El estudio fue realizado en Hospital Regional Manuel Núñez Butrón. Ubicado en el Jr. Ricardo Palma N° 120 en el distrito, provincia y departamento de Puno, en el periodo comprendido de agosto a setiembre del 2015. Unidad de análisis: Gestantes con indicación de realizarse una ecografía de control tercer trimestre.

Tipo de investigación

El tipo de estudio en la presente investigación se ha determinado por sus características de exhaustivo y excluyente y el Nivel de estudio por la definición de su línea de investigación en salud, mencionado por el Autor José Supo:

1. Según la intervención del Investigador

No experimental: No existió intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador. Según Roberto Hernández Sampieri.

2. Según la planificación de la toma de datos

Retrospectivo: Los datos se recogieron de registros donde el investigador no tuvo participación, hechos pasados.

3. Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio

Transversal: Todas las variables fueron medidas en una sola ocasión.

Nivel: Descriptivo porque describió los fenómenos clínicos de la placenta previa diagnosticada mediante la ultrasonografía.

4.2 Diseño de Investigación: Descriptivo de dos variables.

Diagrama:

M.....O

Muestra

Observación

4.3 Determinación del Universo/Población

Población:

Para el presente trabajo de investigación la población estuvo constituida por todas las gestantes con diagnóstico de placenta previa por ultrasonografía, se registraron 59 gestantes en el año 2014.

4.4 Selección de la Muestra

Para la selección de la muestra se utilizó el cálculo muestral para la población finita y conocida:

Fórmula alfa:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

n: tamaño muestral = ?

N: tamaño de la población = 59

z: valor de distribución de gauss: $z_{\alpha} = 0,05 = 1,96$

p: prevalencia esperada del parámetro a evaluar: $10\% = 0,1$

q: $1 - p$ (si $p = 50\%$, $q = 50\%$) = 0,9

i: error que se prevé cometer si es del 10% : $i = 0,1$

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 59 \cdot 0,1 \cdot 0,9}{0,01(59-1) + 1,96^2 \cdot 0,1 \cdot 0,9}$$

$$n = \frac{56,6636}{1,5404} = 36,78$$

n = 37 gestantes

Muestreo: Probabilístico, en su modalidad aleatoria simple, a todas las gestantes, las mismas que hacen un total de 37.

Criterios de inclusión:

1. Gestantes atendidas en el Hospital.
2. Gestantes con diagnóstico de placenta previa con ecografías o historias clínicas completas.

Criterios de exclusión:

1. Gestantes que no se atendieron en el Hospital.
2. Gestantes con diagnóstico de placenta previa con ecografías o historias clínicas incompletas.

4.5 Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Las fuentes fueron primarias, por tratarse de documentos oficiales de una institución pública, es decir la historia clínica y la técnica fueron el análisis Documental.

El Instrumento fue la ficha de recolección de datos. (Hallazgos ecográficos antes y al momento del nacimiento).

Validez del instrumento

El contenido y el constructo fueron validadas a partir de Ministerio de Salud del Perú, por ser documentos de uso oficial en el Hospital.

4.6 Técnicas de Procesamiento, Análisis de Datos y Presentación de Datos:

En éste caso fueron las historias clínicas y la hoja de ecografía, se registraron en la ficha de recolección de datos, luego entró a un proceso de selección y tabulación, para ser procesados en tablas estadísticas mediante el uso del programa computarizado de Excel 2010 realizando las respectivas discusiones y análisis respectivo, el cual nos permitió dar respuesta a nuestra hipótesis planteada con figuras y tablas de frecuencia y porcentajes.

IV.RESULTADOS

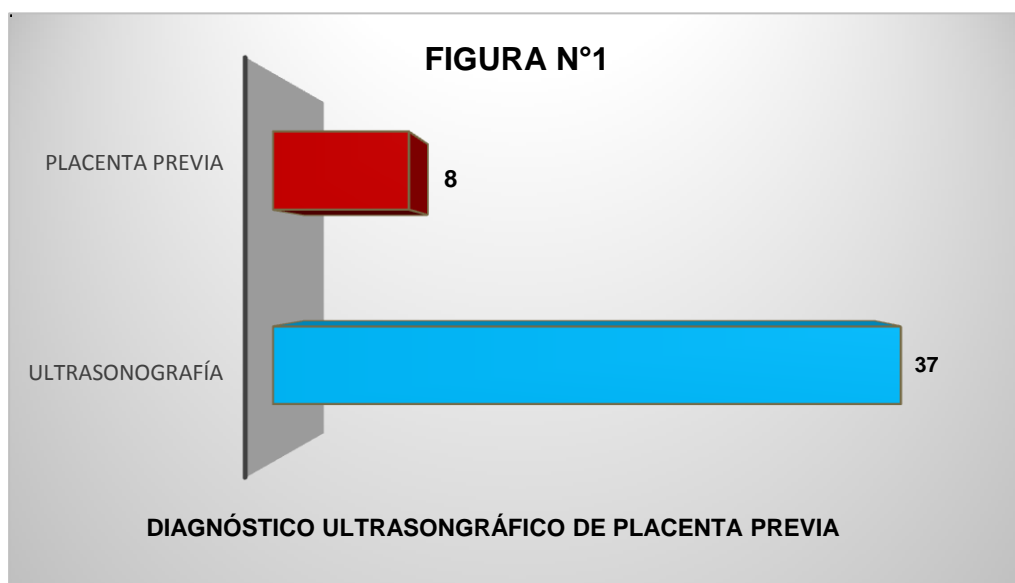
TABLA N° 1

DIAGNÓSTICO ULTRASONOGRÁFICO DE PLACENTA PREVIA

	f	%
Ultrasonografías	37	100,0
Placenta Previa	8	22,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación y Análisis.- En la tabla y figura N°1, se observa que se tomaron 37 ultrasonografías y se diagnosticaron 8 Placentas Previas.



Fuente: Tabla N° 1

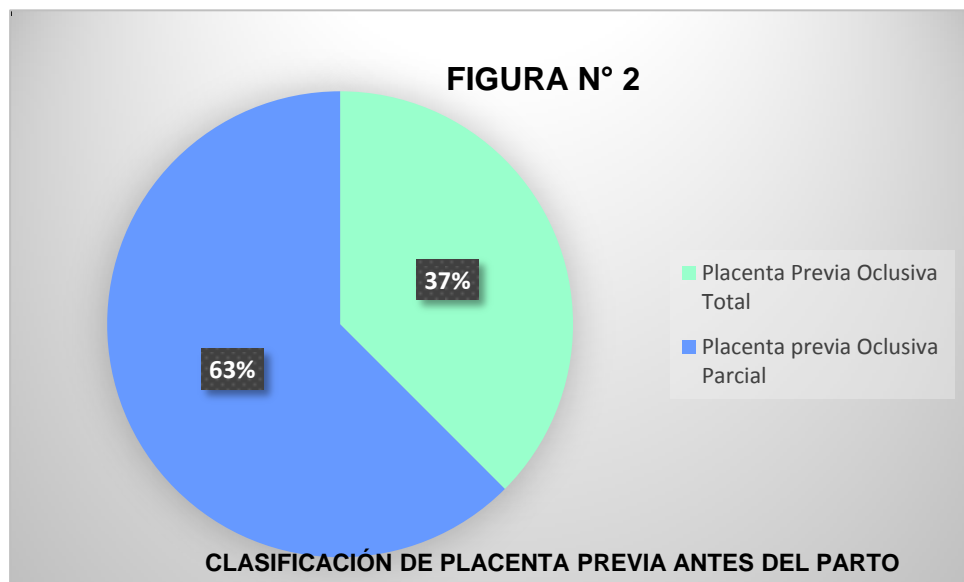
TABLA N° 2

CLASIFICACIÓN DE LA PLACENTA PREVIA ANTES DEL PARTO

	f	%
Placenta Previa Oclusiva Total	3	38
Placenta previa Oclusiva Parcial	5	62
	8	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación y Análisis.- En la tabla y figura N°2, se observa la clasificación de la Placenta Previa Oclusiva Total 38% y Placenta Previa Oclusiva Parcial 62%; ambos diagnosticados antes del parto.



Fuente: Tabla N° 2

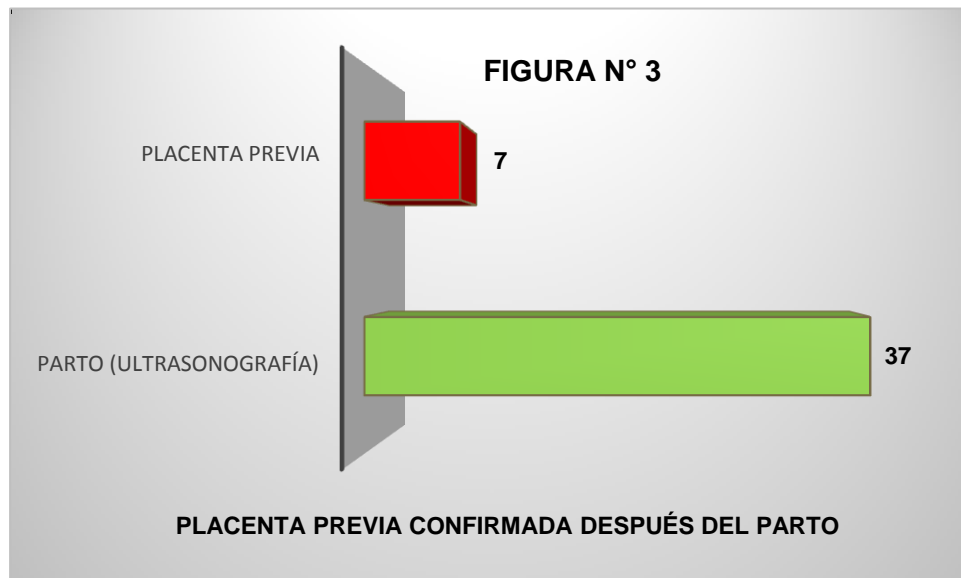
TABLA N° 3

PLACENTA PREVIA CONFIRMADA DESPUÉS DEL PARTO

	f	%
Parto (ultrasonografía)	37	100,0
Placenta Previa Post Parto	7	19,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación y Análisis.- En la tabla y figura N° 3, se observa 37 partos que previamente tenían ultrasonografías, se confirmaron el diagnóstico 7 Placentas Previas.



Fuente: Tabla N° 3

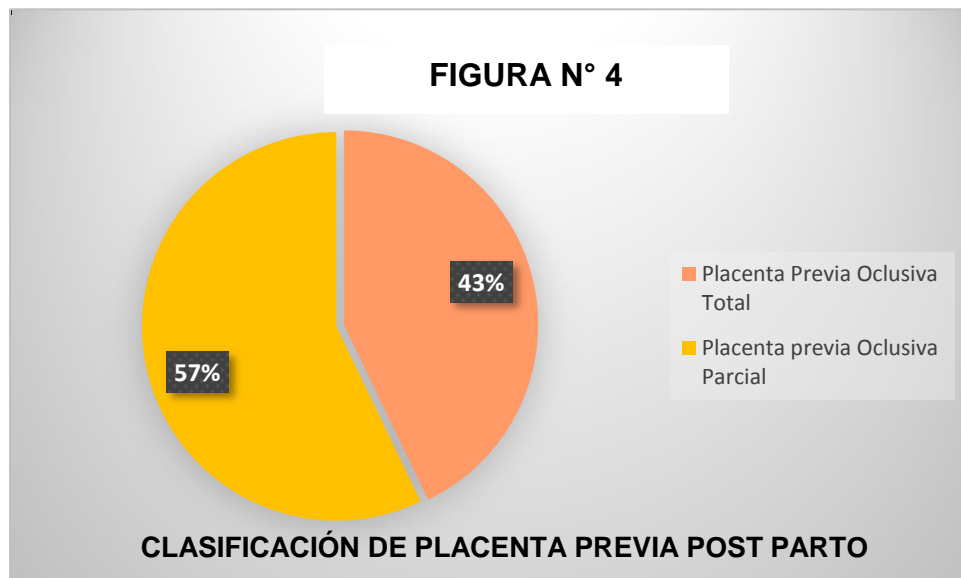
TABLA N° 4

CLASIFICACIÓN DE LA PLACENTA PREVIA DESPUÉS DEL PARTO

	f	%
Placenta Previa Oclusiva Total	3	43
Placenta previa Oclusiva Parcial	4	57
	7	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación y Análisis.- En la tabla y figura N°4, se observa la clasificación de la Placenta Previa Oclusiva Total 43% y Placenta Previa Oclusiva Parcial 57%; ambos diagnosticados después del parto.



Fuente: Tabla N° 4

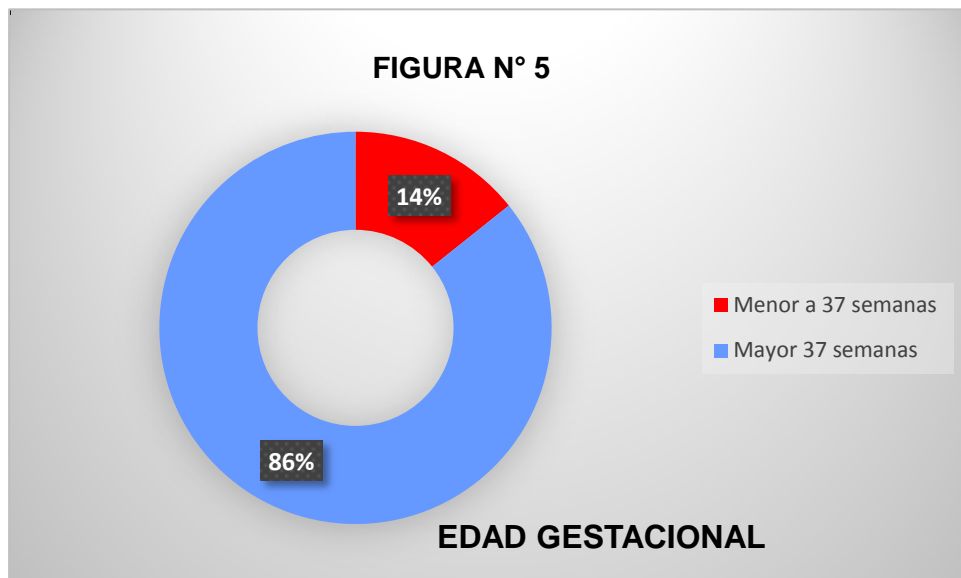
TABLA N° 5

EDAD GESTACIONAL

	f	%
Menor a 37 semanas	1	14
Mayor 37 semanas	6	86
	7	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación y Análisis.- En la tabla y figura N°5, se observa la clasificación de la Edad Gestacional: Menor de 37 semanas 14% y Mayor de 37 semanas 86%.



Prueba de Hipótesis Estadística de Proporciones:

La comprobación de la hipótesis, fue mediante la prueba estadística Z de Proporciones.

Fórmula:

$$Z_{prueba} = \frac{\frac{x}{n} - p_0}{\sqrt{\frac{p_0(1-p_0)}{n}}}$$

Datos:

x = 37
 n = 59
 x/n = 37/59
 P_0 = 0,63
 α = 0,025 (1,96) nivel de significación

Donde:

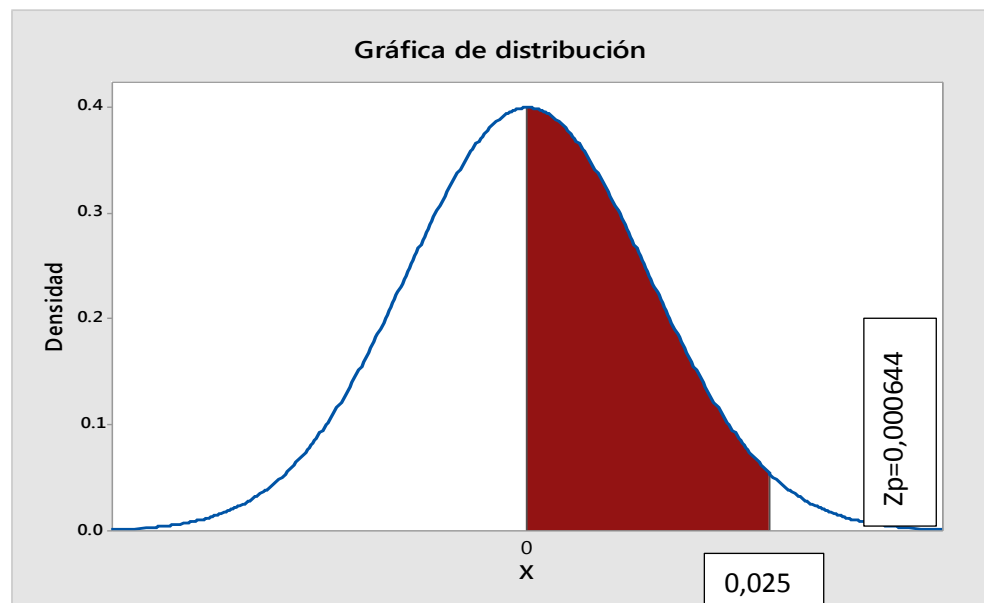
x = *ocurrencias*

n = *observaciones*

$\frac{x}{n}$ = *proporción de la muestra*

p_0 = *proporción propuesta*

$Z_p = 0,000644$



Análisis: Existe una probabilidad de efectividad entre ambas variables, el resultado estadístico es ($Z_p = 0,000644$); donde el nivel de significancia es 0,025 que delimita el área, siendo menor que el cálculo hallado, entonces se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto se acepta la hipótesis de investigación que: La eficacia de la ultrasonografía en el diagnóstico de la placenta previa según edad gestacional es alta en el Hospital Regional Manuel Núñez Butron Puno durante los meses de enero a julio del 2015.

V. DISCUSIÓN

En el estudio realizado se encontró 37 ultrasonografía de las cuales se diagnosticaron 8 Placentas Previas y se confirmaron después del parto 7 Placentas Previas, nuestro estudio tiene similitud al encontrado por los autores AM, Wang E, Parry S, Schwartz N, en Estados Unidos, donde publicaron los resultados de su estudio “Ecografía transabdominal como una prueba de detección de la placenta previa en el segundo trimestre, en la cual tienen alta sensibilidad y especificidad la ecografía para el diagnóstico de placenta previa; siendo la ecografía transabdominal una prueba de detección eficaz para la placenta previa en el segundo trimestre.

Así mismo en Perú Pedro Mariano Arango Ochante, publicó los resultados de su estudio “Predicción por ultrasonografía transvaginal entre 20 - 26 semanas de la placenta previa al término. Instituto Nacional Materno Perinatal. Agosto - diciembre 2013” donde concluyen que la sobreposición del orificio cervical interno por el borde placentario inferior medida por ultrasonografía transvaginal predice en forma eficaz la presencia de placenta previa al término, esta investigación tiene resultados parecidos a nuestra investigación en la cual se diagnosticaron antes del parto 3 casos Placenta Previa Oclusiva Total y Placenta Previa Oclusiva Parcial 5 casos; confirmando la efectividad de la ultrasonografía.

VI.CONCLUSIONES

Mediante el trabajo de investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

La ultrasonografía, es un método eficaz para detectar de manera precoz la placenta previa, y observar el estado fetal insatisfactorio o aquel feto que se encuentre en peligro de muerte intrauterina y permite terminar el embarazo por la vía más adecuada.

Se clasificó la placenta previa oclusiva total en un 38%, lo cual terminaron en cesárea como indicación absoluta por el alto riesgo que representa. El 62% la placenta previa oclusiva parcial también terminaron en cesárea con indicación relativa.

La edad gestacional fue 1 caso menor de 37 semanas, siendo relativamente baja en frecuencia, ya que el producto podría tener morbilidad asociada a la prematuridad; el resto fue pasado las 37 semanas a término, lo cual disminuye el riesgo de morbilidad gracias al diagnóstico temprano y a la efectividad de la ultrasonografía controlando de esta manera la variable interviniente en la presente investigación.

VII.RECOMENDACIONES

A los Profesionales Obstetras:

Realizar la Ultrasonografía a toda gestante con sospeche de hemorragia después de la segunda mitad del embarazo porque se ha demostrado que es eficaz.

Ceñirse estrictamente al protocolo del Ministerio de Salud y la Norma Técnica para los casos de hemorragias después de la mitad del embarazo donde es indicativo la Ultrasonografía.

Realizar seguimiento ultrasonográfico a todas las gestantes catalogadas como riesgo para esta patología.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Daniel Aguilar, Víctor Meléndez, Lisa Flores, Aracely Tóvez, Linda Valladares. Placenta Previa y Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta, Hospital Escuela, Bloque Materno Infantil. Rev Fac Med. [Internet] 2010 [Citado el 15 agosto del 2015]; 7 (1): 24-21. Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/RFCM/pdf/2010/pdf/RFCMVol7-1-2010-4.pdf>
2. Pilloni E, Alemanno MG, Gaglioti P, Sciarrone A, Garofalo A. La precisión de la ecografía en el diagnóstico prenatal de trastornos de apego placentarios. Ultrasound Obstet Gynecol. [Internet] 2014 [Citado el 15 agosto del 2015]; 89 (3): 14-22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25964123>
3. ENDES. Encuesta demográfica y de salud Familiar. ENDES [Internet]. 2011 [Citado 15 de agosto del 2015]; 4-7. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>
4. Friedman AM, Wang E, Parry S, Schwartz N. Ecografía transabdominal como una prueba de detección de la placenta previa en el segundo trimestre. Obstet Gynecol. [Internet] 2014 [Citado el 15 agosto del 2015]; 123 (3): 628-642. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24499759>
5. Tanimura K, Yamasaki Y, Ebina Y, Deguchi M, Ueno Y, Kitajima K, Yamada H, Predicción de la placenta adherente en el embarazo con placenta previa utilizando la ecografía y la resonancia magnética. Obstet Gynecol Reprod Biol. [Internet] 2015 [Citado el 15 agosto del 2015]; 41 (4): 187-196. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25748486>
6. Algebally AM, Yousef RR, Badr SS, Al Obeidly A, Szmigielski W, Al Ibrahim AA. El valor de la ecografía y la resonancia magnética en el diagnóstico y la predicción de la morbilidad en los casos de placenta previa con placentación anormal. Department of Radiology. [Internet] 2014 [Citado el 15 agosto del 2015]; 79 (12): 409-425. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25411586>
7. Ma. Lucrecia L. Postigo Arguedas. Ultrasonografía en el diagnóstico de placenta previa, validación como test diagnóstico en la ciudad de la Paz. Med. Radiol. [Internet] 2004 [Citado el 15 agosto del 2015]; 63 (2): 32-38. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/facmed/chc1999450205.pdf>

8. Pedro Mariano Arango Ochante. Predicción por ultrasonografía transvaginal entre 20 - 26 semanas de la placenta previa al término. Instituto Nacional Materno Perinatal. agosto - diciembre 2013. Obstet Ginecol. [Internet] 2013 [Citado el 15 agosto del 2015]; 73 (2): 123-131. Disponible en:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=750019&indexSearch=ID>
9. Aníbal Oscanoa. Placenta Previa. Instituto Especializado Materno Perinatal Rev Per Ginecol Obstet. [Internet] 2006 [Citado el 15 agosto del 2015]; 51 (2): 219-224. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428178007>
10. González Paredes A, Álvares P, Martínez Navarro L. Fundamentos de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Editorial: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Depósito M-18199; 2007.
11. Washington Muñoz. Obstetricia Fisiológica. 1ª ed. Concepción: Universidad de Concepción; 1997.
12. Arthur C. Fleischer, Frank A. Manning, Philippe Jeanty, Roberto Romero. Ecografía en obstetricia y ginecología. 6ª ed.
13. J. Roberto Ahued Ahued, Carlos Fernández del Castillo S. Rene Ballón Uriza. Ginecología y obstetricia aplicada. 2da ed. México: El manual moderno; 2003.
14. Juan Aller, Gustavo Pagés. Obstetricia Moderna. 3ª ed. Venezuela: Mc Graw Hill-Interamericana; 2012

ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN – HUÁNUCO
EFICACIA DE ULTRASONOGRAFÍA EN DIAGNÓSTICO DE
PLACENTA PREVIA SEGÚN EDAD GESTACIONAL. HOSPITAL
REGIONAL “MANUEL NUÑEZ BUTRON” PUNO
ENERO A JULIO 2015

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° de HCL: _____ Edad: _____

Edad Gestacional _____

I. Placenta Previa (PP)

- a. Placenta Previa de Implantación Baja
- b. Placenta Previa Marginal
- c. Placenta Previa Oclusiva Parcial
- d. Placenta Previa Oclusiva Total

II. Ultrasonografía _____ (coloque el tipo de ULS)

- 1) Parámetros de la USL para PP
 - a. PP de Inserción Baja (PIB) > 2 a 5 cm del DOP
 - b. PP Marginal (PPM) > 0 a 2 cm del DOP
 - c. PP Oclusiva Sobrepuesta (PPO) OL>0 cm del DOP
 - d. PP Oclusiva Total (PPOT) OL> 2 cm del DOP

2) Eficacia de la USL _____ (Coloque El Tipo)

PP por USL ----- SI/NO

PP confirmado al momento del parto: ----- SI/NO